



Original

Impacto de los colgajos transanales de avance en la continencia fecal

Natalia Uribe Quintana^{a,*}, Marta Aguado Pérez^a, Miguel Minguez Pérez^b,
Inmaculada Ortiz Tarín^a, Mónica Millán Scheiding^c, M. Carmen Martín Dieguez^a y
Juan Ruiz Del Castillo^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

^bUnidad de Motilidad Digestiva, Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

^cServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de diciembre de 2008

Aceptado el 2 de marzo de 2009

On-line el 21 de junio de 2009

Palabras clave:

Colgajos de avance endorrectal

Fístula anal compleja

Manometría anal

Incontinencia anal

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este estudio ha sido evaluar de forma prospectiva los resultados funcionales en una serie de colgajos de avance para tratar fístulas anales complejas.

Material y métodos: Se incluyó a 90 pacientes intervenidos por fístulas anales complejas mediante fistulectomía y colgajo transanal. Los resultados funcionales se valoraron mediante cuestionario de continencia anal (Wexner) y estudio manométrico anorrectal, preoperatorio y postoperatorio.

Resultados: La fístula recidivó en 7 (7,7%) casos y se repitió la misma técnica quirúrgica en 5, con curación en todos ellos. Después de 3 meses de la cirugía, se produjeron reducciones significativas en la presión máxima basal ($83,85 \pm 30,96$ frente a $46,51 \pm 18,67$; $p < 0,001$) y en la presión máxima de contracción voluntaria ($220,97 \pm 100,21$ frente a $183,06 \pm 75,36$; $p < 0,001$). Por lo que respecta al cuestionario de continencia fecal, el 80% de los pacientes mantuvo continencia normal con puntuación 0 en la escala de Wexner postoperatoria, mientras que los demás (20%) manifestaron cambios en la puntuación del cuestionario, la mayoría, menos de 3 puntos y con poca significación clínica.

Conclusiones: La reparación con colgajo de avance es una técnica efectiva para las fístulas anales complejas, con una tasa de recurrencia baja. El 20% de los pacientes modifican la valoración de su continencia en el postoperatorio.

© 2008 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Impact of endorectal advancement flaps in fecal incontinence

A B S T R A C T

Objective: The aim of this study was the prospective evaluation of the functional results of a series endorectal advancement flaps in the treatment of complex anal fistulas.

Keywords:

Endorectal advancement flap

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: naturi@ono.com (N. Uribe Quintana).

0009-739X/\$ - see front matter © 2008 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.03.005

Anal fistula
Manometry
Anal incontinence

Material and methods: A total of 90 patients were operated on for a complex anal fistula by means of fistulectomy and endorectal advancement flap. The functional results were evaluated using the Wexner continence scale and an anorectal manometry study before and after surgery.

Results: There were seven patients with fistula recurrence (7.7%) and the same surgical procedure was performed on five of them, resulting in healing in all cases. Significant reductions in maximum resting pressure (83.85 ± 30.96 vs 46.51 ± 18.67 ; $p < 0.001$) and maximum squeeze pressure (220.97 ± 100.21 vs 183.06 ± 75.36 ; $p < 0.001$) were seen 3 months after surgery. On the continence scale, 80% of patients had a normal continence with a value of 0 on the postoperative Wexner scale, while 20% recorded changes in continence values, most of them lower than 3 points.

Conclusions: Endorectal advancement flap is an effective surgical procedure in complex anal fistulas treatment, with a low recurrence rate. Only 20% of the patients showed changes in the continence value.

© 2008 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Desde que la técnica del colgajo transanal de avance fue descrita por Noble¹ en 1902 para tratar las fístulas rectovaginales, se han publicado numerosas modificaciones de la técnica. La base es la escisión total o parcial del trayecto fistuloso y del orificio interno y la creación de un colgajo para recubrir el defecto interno de la fístula. Recientemente, muchos autores han incorporado la realización de un colgajo con inclusión de toda la capa muscular de la pared rectal para incrementar la anchura y la vascularización en la zona anastomótica²⁻⁵. Estos colgajos de espesor completo podrían alterar especialmente la continencia postoperatoria.

Sin embargo, los resultados publicados en relación con la continencia son muy dispares, con cifras que varían entre el 8 y el 35%^{2,6-8}. El objetivo de este estudio es evaluar, de forma prospectiva, el impacto de los colgajos transanales de avance en la continencia fecal, valorada mediante cuestionario de continencia y estudio manométrico anorrectal.

Material y métodos

Estudio prospectivo, ampliación de una serie previamente publicada⁹, en el que incluimos a 90 pacientes intervenidos en nuestro centro por fístulas anales complejas en el periodo 1995-2007, a quienes se practicó un colgajo transanal de avance, que supone nuestra técnica de elección en esta enfermedad. El único criterio de exclusión para la realización del colgajo transanal fue presentar sepsis aguda, que obliga a drenaje con sedales y tratamiento definitivo ulterior. En 5 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal crónica y fístulas anales complejas, la cirugía se indicó por ausencia de actividad inflamatoria en la mucosa rectal en el momento de la intervención. Se estudió preoperatoriamente a todos los pacientes mediante examen clínico y ecografía endoanal.

Realizamos preparación de colon con fosfosoda a todos los pacientes, así como profilaxis antibiótica y antitrombótica. Se utilizó anestesia regional o general. La posición de los pacientes en la mesa de quirófano dependió de la localización del orificio fistuloso interno: litotomía en las fístulas posteriores y posición de navaja en las anteriores.

El procedimiento quirúrgico ya se describió con detalle⁹. Tras la fistulectomía, preparamos un colgajo de espesor completo que incluye la totalidad de la capa muscular del recto y la avanzamos sobre la sutura del defecto interno. Tenemos especial cuidado en mantener íntegro y circunferencial el EAI distal, donde suturamos el colgajo con puntos sueltos reabsorbibles. En 4 pacientes incontinentes por cirugías previas, se combinó con una reparación esfinteriana simple del esfínter anal externo lesionado.

Todos los pacientes mantuvieron en el postoperatorio una dieta líquida, junto con inhibidores del tránsito intestinal durante 3 días, y luego, dieta rica en fibra. La media de estancia hospitalaria fue de 6 (intervalo, 4-9) días.

Se realizó a todos los pacientes un seguimiento protocolizado y una encuesta sobre síntomas relacionados con la continencia (la escala de continencia de Wexner validada)¹⁰ antes y después de la intervención quirúrgica. La puntuación de esta escala oscila de 0, que corresponde a la continencia normal, a 20, que es la máxima incontinencia. Hemos considerado incontinencia cualquier valoración de Wexner >0.

La manometría anorrectal fue realizada por un investigador independiente del Servicio de Gastroenterología de la Unidad de Motilidad Digestiva del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Los registros fueron realizados con el paciente en decúbito lateral izquierdo. Se utilizó un catéter de 4 canales (Synectics Medical, External diameter, 4 mm; Synectics AB, Estocolmo, Suecia) y perfusión continua de agua (Arndorfer Medical Specialties, Greendale, Estados Unidos), con una distribución radial de los orificios, conectado a un sistema de registro. Con el paciente en esta posición, se introduce el catéter en el recto y se mantiene en esta posición unos 10-15 min para luego iniciar la retirada hasta el exterior; se detiene la sonda cada 0,5 cm y se registra, un tiempo mínimo de 60 s, la actividad presiva. Se efectúan mediciones tanto de la presión máxima en reposo (PMR) como en el momento de contracción máxima voluntaria (PMCV). Los valores de referencia del laboratorio (voluntarios sanos de iguales edad y sexo) se usan como valores normales¹¹. El estudio manométrico preoperatorio y postoperatorio (a los 3-4 meses de la cirugía) se completó en 63 (70%) pacientes. De los demás no disponemos del estudio completo por problemas organizativos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4253719>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4253719>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)